




مفهوم نیاز به آسایش، درد و تسکین



درد ادراک ذهنی

تفاوت در برداشت افراد از وقایع دردناک و پاسخ به آنها

درد احساس ناخوشایند و تجربه هیجانی در مورد آسیب واقعی یا بالقوه به بافت بدن

مک کافری ۱۹۷۹: درد آن چیزی است که فرد بیان می کند وجود دارد تا هر زمانی که وی حس کند

ماهیت درد

➤ در گذشته درد به عنوان یک نشانه و علامت بیماری در نظر گرفته می شد، اما امروزه به درد به عنوان یک بیماری مجزا و جداگانه توجه می شود.

➤ تجربه درد یک مسئله چند بعدی و مشتمل بر اجزای جسمی، عاطفی، شناختی است.

➤ محرک ایجاد درد می تواند ماهیت فیزیکی و یا روانی داشته باشد.

ماهیت درد

درد می تواند موجب تحلیل انرژی فرد شود و بر ارتباطات فردی و تعاملات اجتماعی و درک وی از مفهوم زندگی تاثیر گذار باشد.

درد را نمی توان با معیارهای عینی (همانند آزمایشات خون) سنجید.

فیزیولوژی درد

در فرآیند درد ۴ مرحله قابل بررسی است:

۱- تبدیل (transduction)

۲- انتقال (transmission)

۳- درک (perception)

۴- تعدیل (modulation)

فیزیولوژی درد

➤ درد معمولاً به علت محرکات حرارتی، شیمیایی و یا مکانیکی ایجاد می شود. انرژی این محرکات به انرژی الکتریکی **تبدیل** می شود (transduction).

➤ این مرحله با ارسال ایمپالس از جانب محرک، از طریق رشته های عصبی-محیطی درد (nociceptor) و ایجاد پتانسیل عمل در طول این رشته ها شروع می شود. پس از کامل شدن این مرحله، مرحله **انتقال** آغاز خواهد شد.

فیزیولوژی درد

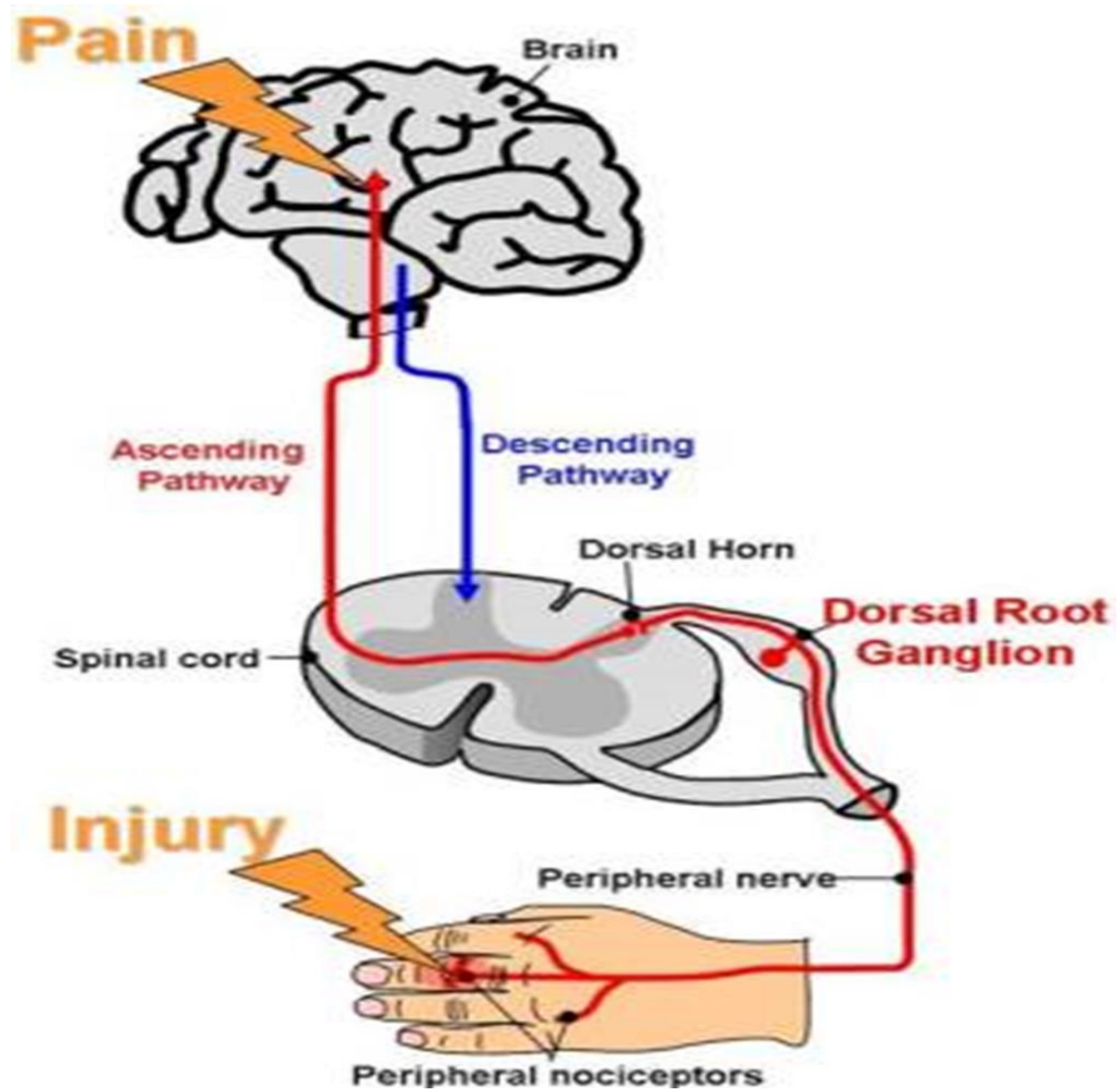
➡ آسیب های سلولی ناشی از محرک های مختلف موجب آزاد شدن واسطه های شیمیایی مانند پروستاگلندین ها، برادی کینین، پتاسیم، هیستامین و ماده p از سلول ها و بافت می شوند.

➡ تجمع این مواد در اطراف رشته های عصبی مربوط به درد در مایع خارج سلولی موجب احساس بیشتر درد و ایجاد پاسخ التهابی می شود.

فیزیولوژی درد

➡ ریشه های درد وارد طناب نخاعی شده و از راه یکی از چندین ریشه عصبی به **جسم خاکستری نخاع** می رسند.

➡ **ماده p** در شاخه ی خلفی آزاد است و اتصال و **انتقال سیناپسی** با رشته های عصبی آوران به **اعصاب مسیر اسپینوتالامیک** برقرار می نماید.



فیزیولوژی درد

ایمپالس های عصبی ناشی از محرک های دردناک از راه رشته های عصبی محیطی (حسی) منتقل می گردند.

انتقال تحریکات ناشی از درد از طریق دو دسته از رشته های عصبی محیطی :

نوع سریع و لوکالیزه که رشته های میلین دار A- دلتا بوده و بسیار کوچک هستند

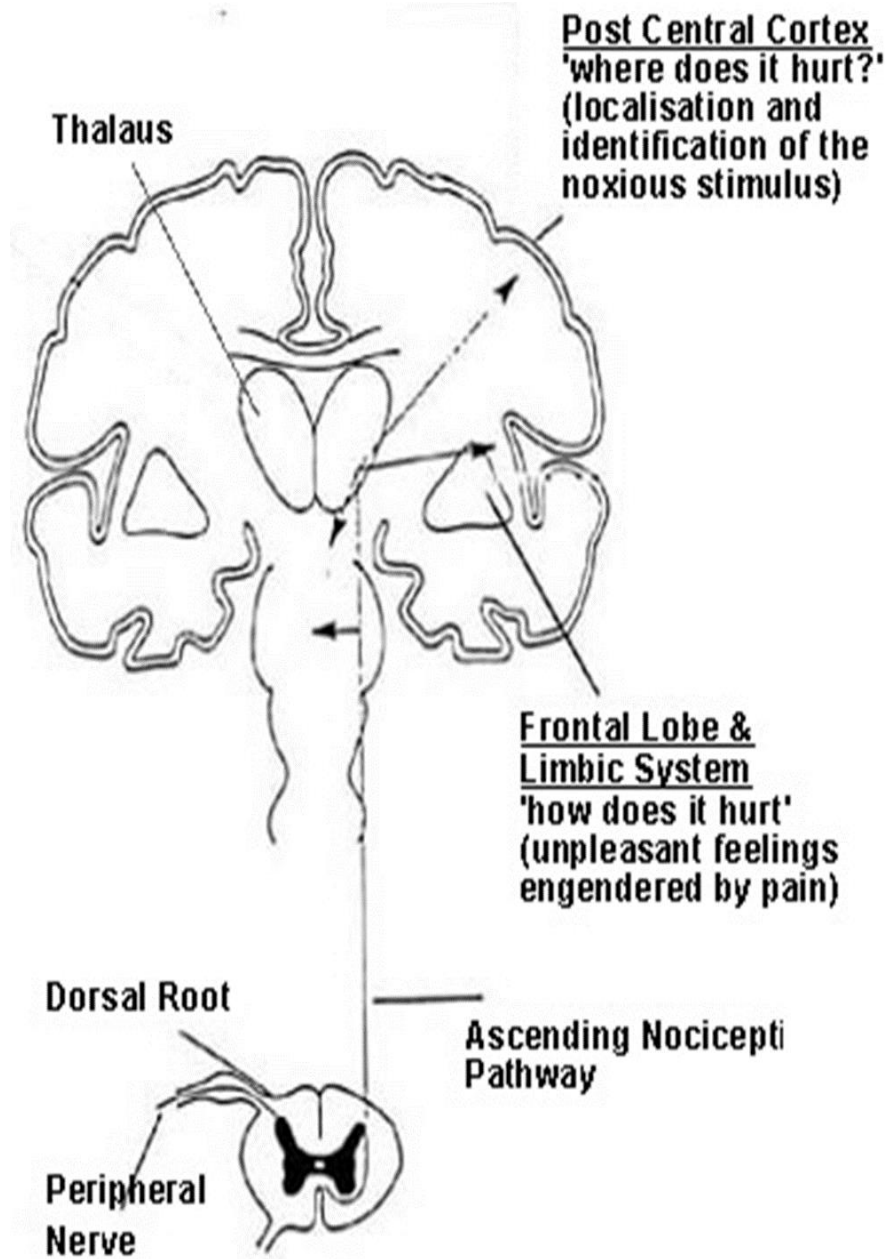
نوع آهسته که بدون میلین بوده و به عنوان رشته های C معروف می باشند

فیزیولوژی درد

- نوع A یا سریع احساسات درد تیز، شدید و لوکالیزه را منتقل می نماید.
- به عنوان مثال آسیب رسیدن به ناخن پا ابتدا احساس درد شدید، تیز و لوکالیزه ایجاد می نماید که از طریق رشته های عصبی A منتقل می گردد.
- پس از چند ثانیه درد به طور منتشر و غیر لوکالیزه در می آید، به صورتیکه تمامی پا درد می گیرد. این امر به دلیل عصب دهی رشته های C است.

فیزیولوژی درد

- ▶ ایمپالس های درد که از راه رشته های آوران به طناب نخاعی رسیده اند، به سمت بخش های فوقانی حرکت می نماید.
- ▶ پس از صعود ایمپالس های درد از راه طناب نخاعی، اطلاعات به سرعت توسط **تالاموس** به بخش های بالاتر مغز انتقال می یابد.
- ▶ پس از رسیدن تحریکات درد به کورتکس (قشر) مغز، مغز شروع به **تغییر کیفیت درد** می نماید.



فیزیولوژی درد

➡ ادراک، نقطه ای است که فرد از درد خود آگاهی می باید.

➡ در بخش های مختلف کورتکس، محل، شدت و نوع احساس نسبت به درد تعیین می شود.

➡ **در سیستم لیمبیک** سلول هایی وجود دارند که مسئول کنترل هیجانات و اضطراب هستند.

➡ **سیستم لیمبیک** دارای نقش فعال در نوع واکنش فرد به درد

فیزیولوژی درد

➡ پس از ادراک درد توسط مغز، واسطه های شیمیایی مهارى نظیر مخدرهای

داخلی مانند اندروفین، سروتونین، نوراپی نفرین و گاما آمینوبوتریک اسید

(GABA) که اثری مهارى بر انتقال درد دارند، آزاد می شوند.

➡ مهار ایмпالس های درد.... مرحله ۴ فیزیولوژی درد... تعديل

فیزیولوژی درد

- واکنش های بازتابی محافظتی در پاسخ به درد
- رشته های دلتا A تحریکات حسی را به طناب نخاعی ارسال کرده که در آنجا نیز با نورون های حرکتی نخاعی سیناپس می شوند.
- ایмпالس های حرکتی از طریق رشته های عصبی حرکتی به اعصاب محیطی پیرامون محل تحریک می روند در واقع مغز را دور می زنند.
- انقباض این عضلات موجب **دور شدن آن قسمت از بدن از محرک** دردناک می شود.

تئوری کنترل دروازه ای درد

Gate-control theory of pain

- هیچ مرکز عصبی مخصوص کنترل درد وجود ندارد
- عوامل دیگری علاوه بر عوامل فیزیکی در زمینه ادراک درد موثر است.
- در سیستم اعصاب مرکزی ، دروازه هایی وجود دارد که در صورت بسته بودن، می تواند انتقال ایمپالس های درد در مسیر اعصاب را قطع کند.
- مثل عواملی که سبب ترشح اندروفین ها می شود و آستانه درد را در فرد بالا می برد.
- مقدار ترشح متفاوتین مواد در افراد مختلف : پاسخ متفاوت افراد به درد

پاسخ به درد

➤ **پاسخ های فیزیولوژیک:** تحریک اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک

➤ دردهای سطحی، خفیف تا متوسط... تحریک سیستم سازگاری عمومی با تحریک

سمپاتیک... تداوم یا تشدید درد... تحریک پاراسمپاتیک

➤ **پاسخ های فردی:** درد یک برداشت ذهنی است و برخی از افراد بنا بر عقاید خود

قادرند درد را تحمل کنند

در این زمینه **زبان بدن فرد** می تواند بیانگر شدت درد بیمار باشد و عدم بیان درد الزاما به

معنای نداشتن درد نیست

انواع درد

درد حاد:

- طول مدت آن کمتر از شش ماه و آسیب بافتی محدود ایجاد کرده و پاسخ عاطفی محدودی دارد.
- پس از ترمیم ناحیه بافتی آسیب دیده بهبود می یابد.
- یکی از اهداف اولیه ی تیم درمان: تسکین درد یا تخفیف درد
- تداوم درد حاد... ایجاد درد مزمن
- افزایش طول مدت بستری و خطرات و عوارض ناشی از بی حرکتی... طولانی کردن زمان بهبودی و بازتوانی بیمار

انواع درد

درد مزمن:

➤ درد مزمن **حفاظتی** بوده و گاهی نمی توان آن را به یک عامل مشخص نسبت داد.

➤ مدت زمان بیشتری طول می کشد.

➤ ممکن است ضایعه اصلی مدتها پیش درمان شده باشد اما بیمار هنوز احساس درد را تجربه می کند

عوارض درد مزمن

تضعیف روحیه بیمار به دلیل نامشخص بودن و طولانی مدت بودن دردها

دردهای مزمن غیرسرطانی:

علت عمده ناتوانی های جسمی و روانی

از دست دادن شغل، ناتوانی در انجام امور روزمره، ناتوانی جنسی و انزوای اجتماعی

علائم دردهای مزمن غیرسرطانی:

خستگی، بی خوابی، بی اشتها، کاهش وزن، ناامیدی، عصبانیت



➡ ارجاع بیمار به مراکز خاص کنترل درد

➡ اطمینان به بیمار در مورد اینکه اگرچه گاهی درمان کامل این دردها امکان پذیر نیست اما می توان کاهش داد

انواع درد

درد سرطانی:

➤ ماهیت درد می تواند حاد یا مزمن باشد و می تواند حتی ماهیت نوروزنیک داشته باشد

➤ علت درد: فرآیند بیماری و درمان

➤ توجه به بیان درد و تغییر الگوی درد در این بیماران

فرآیندهای پاتولوژیک مسبب درد

■ سوماتیک یا اسکلتی عضلانی

■ احشایی یا ارگان های داخلی بدن

■ **دردهای نوروپاتیک** به علت آسیب به اعصاب درد ایجاد می شود

■ **درد ناشناخته یا ایدیو پاتیک:** درد مزمن بدون علت مشخص جسمی یا

روانی

دسته بندی درد از لحاظ پاتولوژیک

دردهای نوروپاتیک

➤ فرایند غیرطبیعی انتقال تکانه های
حسی از اعصاب محیطی یا مرکزی
➤ انواع:

- دردها با منشا مرکزی
- دردها با منشا محیطی

دردهای ناسی سپتو

➤ فرایند طبیعی درد ناشی از آسیب بافتی
➤ کنترل با داروهای مخدر یا غیرمخدر
➤ انواع:

- درد سوماتیک
- درد احشایی

عوامل موثر بر درد

➤ **عوامل فیزیولوژیکی:** سن، خستگی، ژنتیک، عملکرد عصبی

➤ **عوامل اجتماعی:** توجه، تجارت قبلی، حمایت خانواده و جامعه، عوامل روحی روانی

➤ **عوامل روانی:** اضطراب، روش تطابق با درد

➤ **عوامل فرهنگی:** معنای درد، قومیت

بررسی درد

- بیان درد از جانب مددجو چون درد یک علامت ذهنی است نه عینی
- ویژگیهای درد
- شروع و طول مدت درد
- محل درد
- شدت درد
- کیفیت درد
- الگوی درد
- نشانه های همراه

مقیاس های سنجش درد







- **عددی:** از صفر تا ده
- **توصیفی:** بدون درد، درد خفیف، درد متوسط، درد شدید، درد غیرقابل تحمل
- **دیداری:** بدن درد، درد غیر قابل تحمل
- **مقیاس چهره ای** (ونک-بکر) در کودکان کم سن و سال (کودکان ۳ ساله)

مقیاس های سنجش درد:

MODERATE

UNIVERSAL PAIN ASSESSMENT TOOL

This pain assessment tool is intended to help patient care providers assess pain according to individual patient needs. Explain and use 0-10 Scale for patient self-assessment. Use the faces or behavioral observations to interpret expressed pain when patient cannot communicate his/her pain intensity.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verbal Descriptor Scale	NO PAIN		MILD PAIN		MODERATE PAIN		MODERATE PAIN		SEVERE PAIN		WORST PAIN POSSIBLE
WONG-BAKER FACIAL GRIMACE SCALE											
ACTIVITY TOLERANCE SCALE	Alert Smiling		No humor serious flat		Furrowed brow pursed lips breath holding		Wrinkled nose raised upper lips rapid breathing		Slow blink open mouth		Eyes closed moaning crying
	NO PAIN		CAN BE IGNORED		INTERFERES WITH TASKS		INTERFERES WITH CONCENTRATION		INTERFERES WITH BASIC NEEDS		BEDREST REQUIRED
SPANISH	NADA DE DOLOR		UNPOQUITO DE DOLOR		UN DOLOR LEVE		DOLOR FUERTE		DOLOR DEMASIADO FUERTE		UN DOLOR INSOPORTABLE
TAGALOG	Walang Sakit		Konting Sakit		Katamtamang Sakit		Matinding Sakit		Pinaka-Matinding Sakit		Pinaka-Malalang Sakit
CHINESE	不痛		輕微		中度		嚴重		非常嚴重		最嚴重
KOREAN	통증 없음		약한 통증		보통 통증		심한 통증		아주 심한 통증		최악의 통증
PERSIAN (FARSI)	بدون درد		درد ملایم		درد معتدل		درد شدید		درد بسیار شدید		بدترین درد ممکن
VIETNAMESE	Không Đau		Đau Nhẹ		Đau Vừa Phải		Đau Nặng		Đau Thệt Nặng		Đau Đớn Tận Cùng
JAPANESE	痛みがない		少し痛い		いくらか痛い		かなり痛い		ひどく痛い		ものすごく痛い

تأثیرات درد بر رفتار

➤ **اصوات:** ناله، گریه، نفس نفس زدن، خر خر کردن

➤ **حالت چهره:** اخم کردن، فشردن دندان ها، در هم رفتن ابروها، بستن یا باز کردن

چشم ها یا دهان، گزش یا برش لب

➤ **حرکات بدن:** بی قراری، بی حرکت شدن، انقباض عضلانی، افزایش حرکات دست

و انگشتان، قدم زدن، حرکات ریتمیک یا مالیدن دستها ، حرکات محافظتی بدن)

برای دور کردن عضو درناک از محرک)

➤ **تعاملات اجتماعی:** اجتناب از برقراری ارتباط، توجه صرف به اقدامات تسکین،

کاهش توجه

اقدامات دارویی کنترل درد

➡ **ضد دردها:** داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، داروهای مخدر

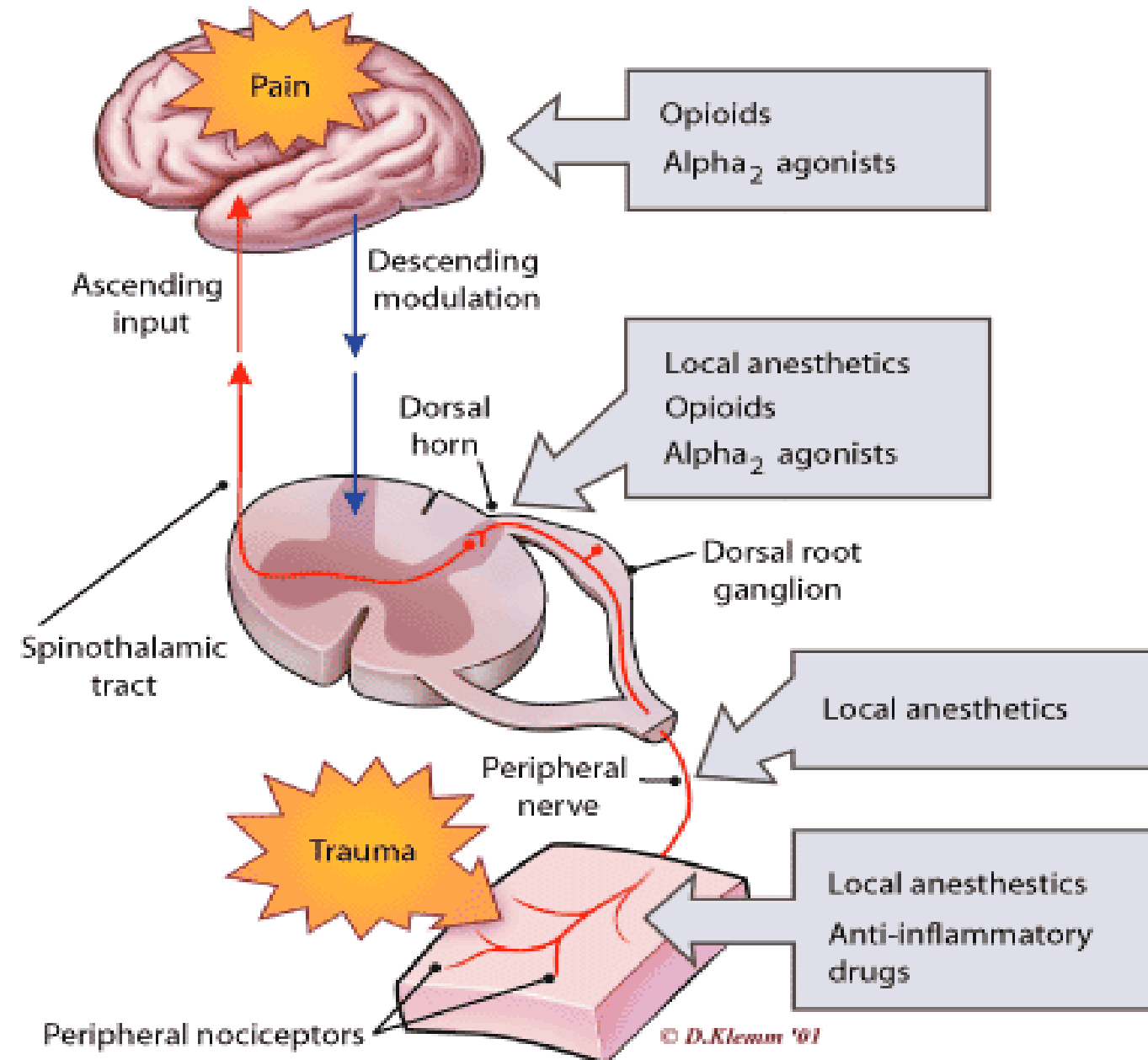
➡ **داروهایی که جز ضد دردها نیستند** ولی به این منظور بکار می روند:

○ ضد افسردگی های سه حلقه ای

○ داروهای ضد تشنج در کنترل دردهای با منشا عصبی

○ کوتیکواستروئیدها به منظور کنترل درد های التهابی و کنترل دردهای ناشی از

متاستاز به استخوان ها



اقدامات غیردارویی کنترل درد

○ تن آرامی و تصویر سازی ذهنی

○ انحراف فکر

○ موسیقی

○ بازخورد زیستی

○ تحریک پوستی

○ داروهای گیاهی

○ کاهش درک درد

